

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ.

ЖЕБЕНТЯЕВ В.А., КИРПИЧЕНКО А.А., СОЛОДКОВ А.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»*

**Резюме.** Обследованы 119 пациентов с психогенными депрессивными расстройствами. Они разделены на 3 группы: острые расстройства адаптации, затяжные расстройства адаптации и депрессивные эпизоды. При острых расстройствах адаптации выявляются благоприятные в плане прогноза особенности личности с нерезко выраженными акцентуациями и сохраненными смысло-жизненными ориентациями. Особенности личности пациентов с затяжными расстройствами адаптации отличаются стойким депрессивным паттерном реагирования с выраженным ригидным защитным поведением и сниженными смысло-жизненными ориентациями. Особенности личности пациентов с депрессивными эпизодами характеризуются выраженной социально-психологической дезадаптацией с несколько более благоприятными прогностическими признаками, чем у пациентов с затяжными расстройствами адаптации. Выявленные особенности необходимо учитывать при планировании и реализации психотерапевтической коррекции пациентов в системе их комплексного лечения.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, депрессивные расстройства, дезадаптация, посттравматическое стрессовое расстройство.

**Abstract.** The 119 patients with psychogenic depressions were evaluated. They were subdivided into three groups: acute adjustment disorders, lingering adjustment disorders and depressive episodes. The acute adjustment disorders are characterized by favorable prognostic personality features with slight accentuations and preserved orientations of life sense. The personality features of the patients with lingering adjustment disorders are different in the stable depressive pattern of reaction with significant rigid defensive behavior and partially lost orientations of life sense. The personality features of the patients with depressive episodes are characterized by the significant social-psychological maladaptation with slightly improved prognostic personality features than the patients with lingering adjustment disorders. The revealed personality features have to be considered while the planning and realization of psychotherapeutic interventions in the system of their treatment.

**Адрес для корреспонденции:** Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27. Витебский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии. – Жебентяев В.А.

Анализ современной литературы, посвященной вопросам психического здоровья, дает возможность сделать вывод о существовании постоянного роста числа депрессивных расстройств и большого удельного веса среди них психогенно обусловленных депрессий [1,4,5,15 и др.]. Для диагностики, прогнозирования дальнейшего течения расстройства, а также разработки индивидуализированных терапевтических мероприятий в отношении пациентов с психогенными депрессивными расстройствами необходимо учитывать не только наличие и выраженность депрессивного синдрома, но и личностные особенности индивидуума [1,4,5,8]. Они создают уязвимость для возникновения депрессии в ответ на психотравмирующую ситуацию, вызывающую «срыв адаптации» [1], определенным образом влияют на течение расстройства и его исходы. Однако остаются недостаточно проанализированными взаимоотношения «подверженность – стресс – дезадаптация», с выявлением тех, часто нелинейно связанных, личностных характеристик, которые, с одной стороны, способствуют развитию и затяжному течению болезни, приводя к стойкой дезадаптации, а с другой – позволяют личности оставаться включенной в социальную деятельность, обращаясь к врачам только в случаях крайней необходимости.

В связи с этим, целью данной работы явилось системное изучение психологических особенностей личности при различных клинических вариантах психогенных депрессий.

### **Методы**

Исследование было проведено на базе Витебской областной клинической психиатрической больницы и Витебского областного психоневрологического диспансера. Объектом были выбраны 119 пациентов зрелого возраста [2], впервые обратившиеся за психиатрической помощью, с клинической картиной депрессивных реакций и состояний, спровоцированных психоэмоциональным стрессом. Отбирались пациенты, не имевшие клинически значимой соматоневрологической патологии. Исключались пациенты с биполярным аффективным расстройством и рекуррентными депрессиями, депрессиями соматогенного происхождения, депрессиями в структуре посттравматического стрессового расстройства, психическими расстройствами в рамках органического поражения ЦНС и шизофрении, а также люди с непатологическими адаптационными реакциями. В контрольную группу вошли 42 здоровых испытуемых.

Для клинической оценки психического состояния пациентов применялся клинико-психопатологический метод с использованием критериев современной классификации болезней МКБ-10 [7]. Для дополнительной оценки выраженности и структуры депрессии использовались 21-пунктовая шкала депрессии Гамильтона [11].

Для экспериментально-психологического исследования личности использовался комплекс психологических тестов, которых отличались относительной простотой, высокой валидностью и взаимной дополняемостью, необходимой для полноты изучения личности на различных уровнях ее функционирования. Для определения уровня социально-психологической дезадаптации личности использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ [9]. Испытуемому предлагалось ответить на 566 стандартизи-

рованных вопросов, после чего в соответствии с разработанной методикой определяли 3 оценочные шкалы (L – шкала лжи, F – шкала невалидности, K – шкала коррекции), 10 основных диагностических (1-я шкала невротического сверхконтроля; 2-я шкала - пессимистичности; 3-я шкала - «эмоциональной лабильности»; 4-я шкала – «импульсивности»; 5-я шкала – «женственности-мужественности»; 6-я шкала – «ригидности»; 7-я шкала – «тревожности»; 8-я шкала - шкала «индивидуалистичности»; 9-я шкала «оптимистичности»; 0-я шкала – «интроверсии») и ряд дополнительных шкал.

Для уточнения устойчивых личностных составляющих, складывающихся в определенный индивидуальный паттерн аффективного, когнитивного и поведенческого реагирования был использован опросник «Тип личности» Дж. Олдхэма и Л. Морриса [10]. Данный опросник выявляет преобладающие личностные типы, составляющие личностную структуру и в дополнение к данным об уровне дезадаптации уточняет его тип, что очень полезно для разработки индивидуализированных программ с учетом типа личностной уязвимости. Тест состоит из 117 вопросов и включает в себя диагностику 14 типов личности, которым соответствуют соответствующие расстройства зрелой личности: А – «бдительный тип» - параноидный, В – «тип отшельник» - шизоидный, С - «оригинальный тип» - шизотипический, D - «авантюрный тип» - антисоциальный, Е – «деятельный тип» - пограничный, F – «драматический тип» - истерический, G – «самоуверенный тип» - нарциссический, H - «чувствительный тип» - уклоняющийся, I - «преданный тип» - зависимый, J – «добросовестный тип» - обсессивно-компульсивный, K – «праздный тип» - пассивно-агрессивный, L – «агрессивный тип» - садистический, M – «альтруистический тип» - мазохистический, N – «серьезный тип» - депрессивный.

Для оценки напряженности психологических защитных механизмов от состояния дистресса, а также изучения структуры данных психологических защит использовался опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index) [14], адаптированный в Институте им. В.М. Бехтерева. Экзистенциальный уровень психического функционирования личности оценивался с помощью теста смысловых ориентаций разработанного и адаптированного Д.А. Леонтьевым [6] на основе теста PIL (Purpose-in-Life Test) Дж. Крамбо и Л. Махолика.

Результаты были обработаны статистически с использованием метода дисперсионного анализа (ANOVA), критерия Стьюдента для оценки достоверности различий, а также кластерного анализа с применением программы STATISTICA 6.0.

### Результаты

На начальном этапе исследования при клиническом анализе всех пациентов с психогенными депрессиями использовался метод кластерного анализа. В качестве критериев при построении типологии клиники ПДР, опираясь на опыт исследований в данной области [8] были выбраны такие признаки как: наследственное отягощение, тип экзогенного фактора, острота возникновения расстройства, глубина депрессивной симптоматики, ее структура и синдромальные варианты. В результате проделанной работы все случаи психогенной депрессии были систематизированы типологически в три группы: острые расстройства

адаптации, затяжные (пролонгированные) расстройства адаптации, депрессивные эпизоды.

Данные о выраженности психопатологических симптомов, составляющих клиническую картину психогенной депрессии, полученные при обследовании с использованием психометрических шкал, а также данные о ведущих синдромах у пациентов в изученных клинических группах, представлены на рисунке 1 и в таблице 1.

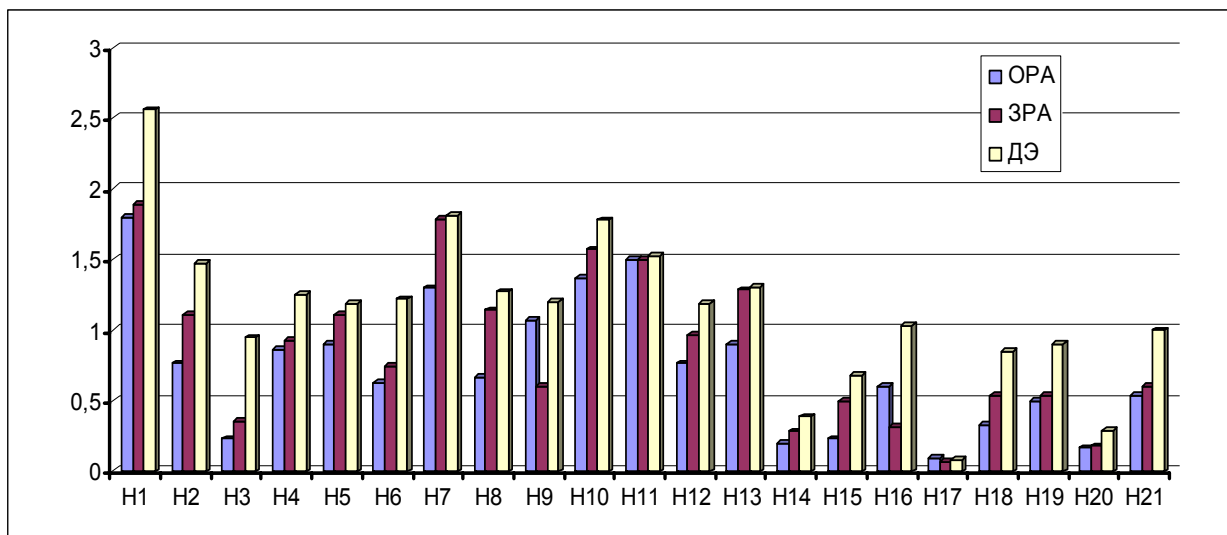


Рис.1. Показатели средних значений пунктов шкалы депрессии Гамильтона трех клинических групп: Н1 - Пониженное настроение (переживания печали, безнадежности, беспомощности, малоценности), Н2 - Чувство вины, Н3 - Суицидальные тенденции, Н4 - Трудности при засыпании, Н5 - Бессонница, Н6 - Ранние пробуждения, Н7 – Работоспособность и активность, Н8 - Заторможенность (замедленность мышления и речи, трудности при концентрации внимания, снижение двигательной активности), Н9 - Ажитация (тревожное возбуждение), Н10 Тревога психическая, Н11 - Тревога соматическая (физиологические при-знаки), Н12 - Желудочно-кишечные соматические нарушения , Н13 - Общесоматические симптомы, Н14 - Расстройства сексуальной сферы, Н15 - Ипохондрические симптомы, Н16 - Потеря веса, Н17 – Критичность, Н18 - Суточные колебания состояния, Н19 - Деперсонализация и дереализация, Н20 – Параноидные симптомы, Н21 - Обсессивно-компульсивные симптомы.

Таблица 1

**Типологическая характеристика ведущих синдромов в изученных клинических группах**

Ведущий синдром	Группы пациентов					
	ОРА		ЗРА		ДЭ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
депрессивный	5	16,67	6	20	30	50,85
астено-депрессивный	9	30	14	46,67	12	20,34

Ведущий синдром	Группы пациентов					
	ОРА		ЗРА		ДЭ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
тревожно-депрессивный	9	30	4	13,33	10	16,95
депрессивно-истерический	4	13,33	4	13,33	5	8,47
депрессивно-ипохондрический	3	10	2	6,67	2	3,39
ИТОГО	30	100	30	100	59	100

Таким образом, в первую группу (30 человек) вошли пациенты, состояние которых соответствовало клинической картине острых расстройств адаптации. Среди всех испытуемых с психогенными депрессиями у пациентов данной группы наблюдалась наименьшая длительность расстройства и наиболее благоприятное течение. Характерны отчетливая связь между временем возникновения психотравмирующей ситуации и формированием болезненных расстройств; отражение стрессовых переживаний в симптоматике; прямая зависимость между продолжительностью воздействия психотравмы и длительностью состояния. При анализе клинической симптоматики у всех пациентов данной группы были выявлены нестабильные симптомы субдепрессивного реагирования (пониженное настроение, печаль, подавленность, уныние, повышенная слезливость, пессимистические суждения), не достигавшие уровня депрессивного эпизода. Пациентам данной группы выставлялись диагнозы расстройства адаптации (F43.2 МКБ-10) - кратковременной, смешанной тревожной и депрессивной и редко пролонгированной депрессивной реакции. Данная категория по своим клиническим проявлениям наиболее соответствует представлениям, исторически сложившимся в отношении диагностики **«идеаторного» варианта реактивной депрессии.**

Во вторую группу (30 человек) вошли пациенты с клинической картиной затяжных расстройств адаптации по МКБ-10. Наиболее соответствующее описание клинической симптоматики данных пациентов существует в критериях для протрагированной субсиндромальной симптоматической депрессии, которая существует в американской классификации психических расстройств DSM-IV и широко обсуждалась в литературе [13]. При длительности расстройства более 2-х лет данным пациентам выставлялся диагноз дистимии. Отличие расстройств у пациентов этой группы от острых расстройств адаптации заключается в стабильности депрессивных симптомов, не достигавших порогового значения депрессивного эпизода. На начальном этапе своего развития, в ответ на психоэмоциональный стресс чаще всего отмечались маловыраженные варианты аффективно-шоковых реакций по гипокинетическому типу, с последующим формированием отсроченных депрессивных нарушений. Клинические особенности затяжных расстройств адаптации проявлялись в вялости, анергии, гипогедонии, фиксации на различных соматопсихических ощущениях, а также малой выраженностью реактивного симптомокомплекса. Линейная связь с психо-социальным стрессором была слабовыраженной или отсутствовала. Данной

клинической группе наиболее соответствует описание «**депрессии истощения**» Р. Kielcholz [12].

В третью группу (59 человек) вошли пациенты, у которых был диагностирован легкий или умеренный депрессивный эпизод по МКБ - 10. В острый период после психотравмирующей ситуации в данном случае преобладали аффективно-шоковые реакции гиперкинетического типа. Затем чаще всего остро развивались депрессии, в которых собственно реактивный симптомокомплекс осложнялся другими симптомами депрессии: соматические симптомы (выраженное снижение массы тела, аппетита, нарушения сна, утрата интереса и психомоторная заторможенность), когнитивно-интеллектуальные нарушения (затруднение мышления, снижение концентрации внимания, негативные мысли о будущем, пассивные мысли о смерти, нежелание жить). Идеи вины и самоупреки выходили за рамки переживаний, связанных с перенесенным психоэмоциональным стрессом и генерализовались с отрицательной оценкой своей жизни, переживанием безысходности и беспомощности. Клиническая симптоматика данных расстройств описана в литературе как «**эндореактивный**» вариант психогенной депрессии.

Далее нами проведен анализ данных, полученных при экспериментально-психологическом тестировании. Усредненные профили теста СМЛ по каждой клинической группе в сравнении с группой здоровых испытуемых представлены на рисунке 2.

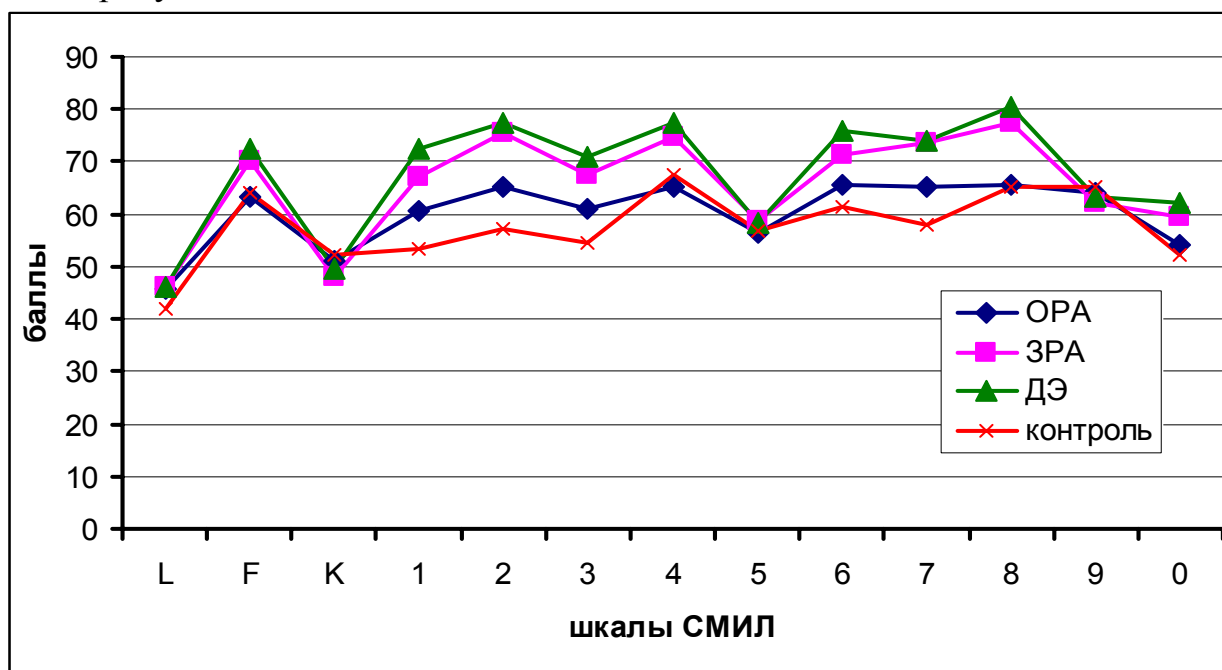


Рис. 2. Профили средних значений шкал СМЛ пациентов с психогенными депрессивными расстройствами трех клинических групп.

Как видно из рисунка 2 для группы острых расстройств адаптации по сравнению с контрольной группой характерны более высокие значения по шкалам 1 (невротический сверхконтроль) ( $p < 0,05$ ), 2 (пессимистичность) ( $p < 0,05$ ), 7 (тревожность) ( $p < 0,0001$ ). Результаты теста СМЛ пациентов с затяжными рас-

стройствами адаптации и депрессивными эпизодами образуют так называемый «плавающий» профиль, в котором большинство шкал расположено выше верхней границы нормы, отражающий значительную социально-психологическую дезадаптацию личности.

По результатам теста «Тип личности» Дж. Олдхэма и Л. Морриса (рис. 3) выявлено, что для всех трех клинических групп по сравнению с контролем характерны более высокие показатели ( $p < 0,05$ ) по шкалам А (бдительный (параноидный) тип), Н (чувствительный (тревожный) тип), I (преданный (зависимый) тип), J (добросовестный (ананкастный) тип) и М альтруистический (мазохистический) тип.

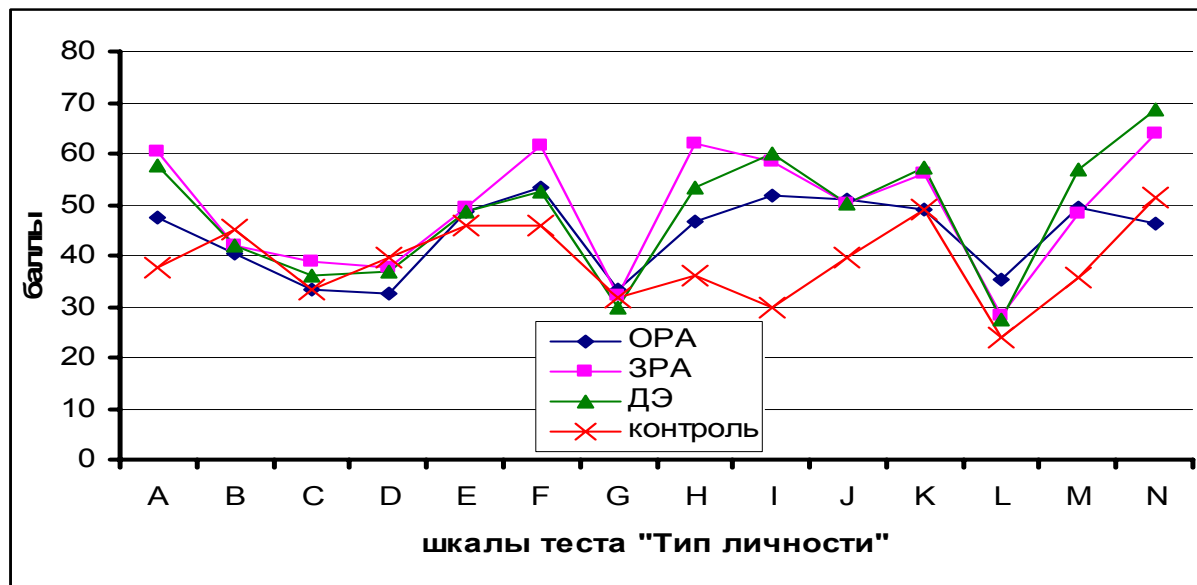
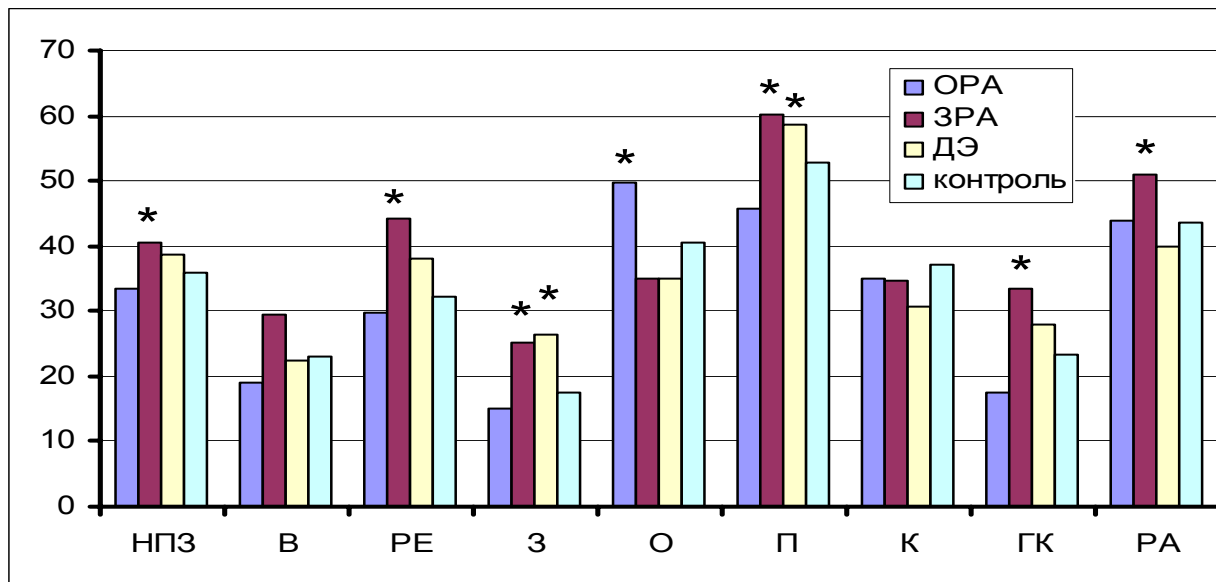


Рис. 3. Профили средних значений шкал теста «Тип личности» Дж. Олдхэма и Л. Морриса пациентов с психогенными депрессивными расстройствами трех клинических групп.

Тест «Тип личности» позволил найти различия между затяжными расстройствами адаптации и депрессивными эпизодами по шкалам F, H и M. У пациентов с затяжными депрессивными расстройствами обнаружена акцентуация по тревожному, зависимому и демонстративному типу, пациенты с депрессивными эпизодами имеют высокие показатели депрессивного, мазохистического и зависимого типов, что может быть обусловлено как преморбидным складом личности пациента, так и влиянием самой депрессии на личность.

Из рисунка 4 видно, что для пациентов с острыми расстройствами адаптации характерен статистически достоверно более высокий уровень «отрицания» (отрицание фрустрирующей реальности) по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ), а также по сравнению с другими клиническими группами ( $p < 0,01$ ). При затяжных расстройствах адаптации отмечается более высокий уровень ( $p < 0,05$ ) напряженности психических защит по сравнению с контрольной группой, а также более высокие показатели «регрессии» (уход от проблем, возвращение к инфантильным формам поведения) ( $p < 0,05$ ), «замещения» (снятие напряжения путем переноса агрессии с более сильного или значимого субъекта (являющегося источником гнева) на более слабый объект или на самого себя)

( $p<0,05$ ), «проекции» (неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, проецируются на окружающих) ( $p<0,05$ ), «гиперкомпенсации» (выработка и подчеркивание социально одобряемого поведения, основанного на «высших социальных ценностях») ( $p<0,05$ ), а также «рационализации» (пресечение переживаний при помощи логических установок и манипуляций) ( $p<0,05$ ). Пациенты с депрессивными эпизодами отличались актуализацией психологических защит в виде «замещения» ( $p<0,01$ ) и «проекции» ( $p<0,001$ ).

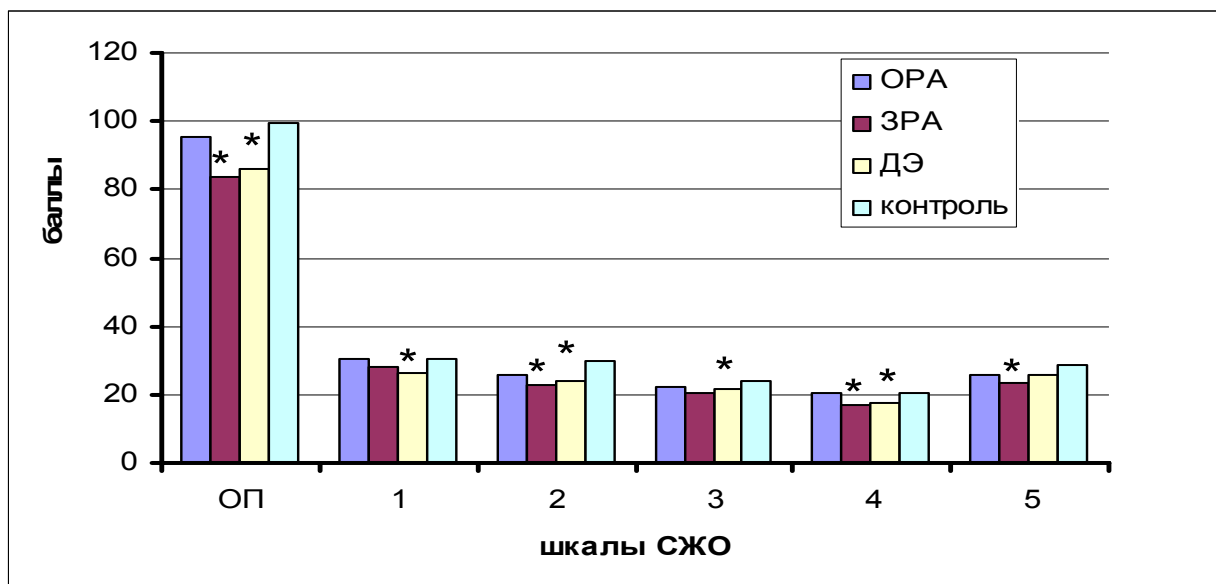


Примечание: \* - достоверные различия ( $p<0,05$ ) по сравнению с контрольной группой.

Рис. 4. Значения шкал опросника Life Style Index пациентов с психогенными депрессивными расстройствами исследуемых клинических групп (НПЗ – напряженность психических защит, В – вытеснение, РЕ – регрессия, З – замещение, О – отрицание, П – проекция, К – компенсация, ГК – гиперкомпенсация, РА – рационализация).

Тест смысловых ориентаций показал (рис. 5), что наиболее высокий общий показатель (ОП) осмысленности жизни этого теста обнаружен у пациентов с наиболее легкой клинической картиной и наиболее благоприятным течением (пациенты с острым расстройством адаптации). При затяжных расстройствах по сравнению с контролем достоверно более низкие показатели выявлены по общему показателю ( $p<0,05$ ), шкалам 2 ( $p<0,01$ ), 4 ( $p<0,05$ ) и 5 ( $p<0,05$ ). При депрессивных эпизодах выявлены различия по общему показателю ( $p<0,01$ ), шкалам 1 ( $p<0,05$ ), 2 ( $p<0,001$ ), 3 ( $p<0,05$ ) и 4 ( $p<0,01$ ).





Примечание: \* - достоверные различия ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой.

Рис. 5. Значения шкал теста смысловых ориентаций (СЖО) пациентов с психогенными депрессивными расстройствами исследуемых клинических групп ( ОП – общий показатель 1 - Цели в жизни; 2 - Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни; 3 - Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией; 4 - Локус контроля - Я (Я - хозяин жизни); 5 - Локус контроля - жизнь или управляемость жизни).

### Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что различные варианты клинических проявлений психогенной депрессии и личностные особенности пациентов патогенетически взаимосвязаны.

Так, в частности пациенты с острыми расстройствами адаптации отличаются более благоприятным профилем личности по сравнению с пациентами других клинических групп. Отмечающиеся акцентуации личностных черт по тревожно-уклоняющему и/или зависимому и/или ананкастному типу нерезко выражены и не приводят к существенной социально-психологической дезадаптации. В эмоциональной сфере отмечается неустойчивость. Активное реагирование на ситуацию направлено на ее разрешение и обеспечивается через ее воображаемое снятие с использованием защитного механизма «отрицания». Цели в жизни характеризуются осмысленностью, пациенты чаще удовлетворены самореализацией, чаще характерен внутренний локус контроля (убеждение в том, что человек может контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь).

При затяжных расстройствах адаптации выраженная акцентуация по тревожно-уклоняющему типу. Пациенты склонны к избегающему типу поведения, что внешне может выражаться в замедленности мышления и моторики. В эмоциональной сфере отмечается выраженность эмоциональных проявлений, повышенная тревожность. Одновременно с этим склонны к «застреванию» на от-

рицательных эмоциях, эмоциональной ригидности. Дезактуализация негативной информации осуществляется посредством целого комплекса механизмов психологической защиты таких как «регрессия», «проекция», «замещение», «гиперкомпенсация» и «рационализация». Из литературы известно, что частота развития аффективных расстройств при высоких показателях регрессии выше, чем при других типах психологической защиты [3]. Специфика и выраженность данных психологических механизмов говорит о сформированном ригидном защитном поведении, определяющем поведение пациентов данной группы и способствующем затяжному течению депрессии. Больные часто чувствуют беспомощность в отношении способности влиять на ход своей жизни, избегают ответственности, имеют тенденцию уступать, иногда отказываться от работы. Таким образом, при данных расстройствах наблюдается патологическая адаптация к стрессовому фактору со стойким депрессивным паттерном поведения и реагирования, встроенным в личностную структуру.

Для пациентов с депрессивными эпизодами характерна наиболее выраженная социально-психологическая дезадаптация личности. Выражены депрессивные, зависимые, мазохистические черты в структуре личности, в значительной степени ухудшающие социопсихическое функционирование. Отмечается недостаточная способность к совладанию с негативными переживаниями с помощью механизмов психической защиты, что проявляется в выраженной депрессивной симптоматике. Среди механизмов психической защиты наиболее выражены «замещение», при котором агрессивные импульсы часто переправляются на себя и «проекция», посредством которой усиливается представление о мире как опасном и ненадежном. Несмотря на присутствие в клинической картине идей самообвинения и самоуничтожения с выраженным переживанием безысходности и беспомощности общий показатель осмысленности жизни более высокий, чем у пациентов с затяжными депрессивными расстройствами, что может быть более благоприятным в плане прогноза. Часто пациенты воспринимают свое проблемное состояние как временное.

### **Выводы**

Таким образом, клинические проявления психогенной депрессии и особенности личности пациентов взаимосвязаны и взаимообусловлены, их взаимодействие опосредуется рядом психологических, социальных и биологических факторов. При острых расстройствах адаптации выявляются благоприятные в плане прогноза особенности личности с нерезко выраженными акцентуациями и сохраненными смысложизненными ориентациями. Особенности личности пациентов с затяжными расстройствами адаптации отличаются стойким депрессивным паттерном реагирования с выраженным ригидным защитным поведением и сниженными смысложизненными ориентациями. Особенности личности пациентов с депрессивными эпизодами характеризуются выраженной социально-психологической дезадаптацией с несколько более благоприятными прогностическими признаками, чем у пациентов с затяжными расстройствами адаптации. Характерные для каждого варианта особенности личности, взаимосвязанные с клиническими проявлениями, отражают особенности процесса психической адаптации индивидуума к фрустрирующей ситуации, что необхо-

димо учитывать при планировании и реализации психотерапевтической коррекции пациентов в системе их комплексного лечения.

### Литература

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Бунак, В.В. Выделение этапов онтогенеза и хронологические границы возрастных периодов / В.В. Бунак // Советская педагогика. – 1965. – № 11. С.105-119.
3. Вассерман, Л.И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы / Л.И. Вассерман, Н.Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – №1. – С. 73 – 74.
4. Головизнина, О.Л. Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными депрессивными расстройствами / О.Л. Головизнина // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 4. – С. 4 – 8.
5. Корнетов, Н. А. Психогенные депрессии. Клиника, патогенез / Н. А. Корнетов. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. – 238 [1] с.
6. Леонтьев, Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. – Санкт-Петербург: Адис, 1994. – С. 131-170.
8. Семке, В.Я. Аффективные расстройства. Региональный аспект: научно-практическое издание / В.Я. Семке, Е.Д. Счастный, Г.Г. Симуткин. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – 234 с.
9. Собчик, Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности / Л.Н. Собчик. – М., 2000.
10. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2000. – 672 с.
11. Hamilton, M. A rating scale for depression / M.Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – N 23. – С. 56-62.
12. Kielholz, P. Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder / P. Kielholz // Schweiz. med. Wschr. – 1957. – P. 87- 90.
13. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? / L. Lewis, M.D. Judd [et al.] // J. Clin Psychiatry. – 1994. – V. 55 [4, suppl]. – С. 18-28.
14. Plutchik, R. Measurity emotions and their derivatives: personality traits, Ego defences and coping styles / R. Plutchik, H. Conte // Contemporary approaches to psychological assessment. – New York, 1989. – P. 241-249.
15. Ustun, T.B. Public Health aspects of anxiety and depressive disorders / T.B. Ustun, N. Sartorius // Int. Clin. Psychopharmacol. – 1993. – N 8 (suppl. 1). – P. 15-20.